

Betül Ünal¹, Tümay İpekçi², Mustafa Burak Hoşcan²

¹Akdeniz University, Faculty of Medicine, Department of Pathology, Antalya

²Başkent University, Faculty of Medicine, Department of Urology, Alanya Practice and Research Center, Alanya, Turkey

Editör için:

Ayırıcı tanı güçlüğü oluşturan, klinik, radyolojik ve patolojik veriler bir araya getirilerek ve korele edilerek tanı konulması mümkün olan mesanede inflamatuvar pseudotümör (IP) olgu sunusunu ilgiyle okuduk [1]. İnflamatuvar pseudotümör yerine sıklıkla inflamatuvar miyofibroblastik tümör olmak üzere farklı isimler kullanılmaktadır. Nadir görülen iğsi hücreli bir tümör olup malignite potansiyeli net değildir. Benign proliferatif bir lezyon olmasına karşın rekürrens göstermesi ve histopatolojik olarak ayırıcı tanısının güç olması nedeniyle önem arz etmektedir. Günümüze kadar etyolojisinde idrar yolu enfeksiyonları, travma, cerrahi gibi etkenler suçlanmış, bunun yanında bazı olgular idiyopatik kabul edilmiştir. Mincik I ve arkadaşlarının transüretal rezeksiyon uygulanan 406 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada 399 hastada üretelyal karsinom izlenirken 2 hastada IP izlenmiştir. IP tanısı alan hastalardan birinde siklofosamid kullanım öyküsü olup etyolojide suçlanmış, diğerinde ise sebep belirtilmemiştir [2]. Paul S ve arkadaşları olgularında IP ve pseudomembranöz sistit birlikteliğini bildirmişler ve tedavide transüretal rezeksiyon uygulanmıştır [3]. IP ayırıcı tanısında leiomyom, postoperatif iğsi hücreli nodül, nodüler fasiit, nörofibrom gibi benign lezyonların yanı sıra ürotelyal karsinomun iğsi hücreli varyantı, leiomyosarkom, embriyonal rabdomyosarkom ve sarkomatoid karsinom gibi malign lezyonlar da yer almaktadır [4]. Olgu sunusunda yazarlar ayırıcı tanı içerisine kısıtlı sayıda lezyon almışlardır. Elbette doğru tanı için hasta kliniği, radyolojisi ve patolojisi birlikte korele edilmelidir. Bu noktada immünohistokimya yardımcıdır. İmmünohistokimyasal boyalardan vimentin, desmin, kas spesifik aktin, düz kas aktin ve keratin pozitifliği tanıyı desteklerken ALK-1 olguların yarısında boyanmasına rağmen diğer karışan lezyonlardan ayırıcıda önemli bir role sahiptir. Ayrıca epitelyal membran antijen, p53, h-kaldesmon, miyogenin negatifliği de yine tanıyı destekleyicidir [5,6]. IP tedavisinde transüretal rezeksiyon ilk sırayı alırken, parsiyel ve radikal sistektomi de literatürde bildirilmiştir [6,7].

Kaynaklar

1. Yaşar A, Gençten Y, Fırat F, Markoç F, Erdemir F. İnflamatuvar Pseudotumor of the Bladder: A Case Report And Review of the Literature. *J Clin Anal Med* 2014;5(5):423-5.
2. Mincik I, Mytnik M, Straka L, Breza J Jr, Vilcha I. İnflamatuvar pseudotumour of urinary bladder - a rare cause of massive macroscopic haematuria. *Bratisl Lek Listy* 2013;114(9):495-7.
3. Paul S, Singh V, Kumar A, Sankhwar S. Coexistence of inflammatory pseudotumour and pseudomembranous cystitis: a histopathological surprise. *BMJ Case Rep* 2014. Doi:10.1136/bcr-2013-010416.
4. Iczkowski KA, Shanks JH, Gadaleanu V, Cheng L, Jones EC, Neumann R, et al. İnflamatuvar pseudotumour and sarcoma of urinary bladder: differential diagnosis and outcome in thirty-eight spindle cell neoplasms. *Mod Pathol* 2001;14(10):1043-51.
5. Emerson RE, Cheng L. Immunohistochemical markers in the evaluation of tumors of the urinary bladder: a review. *Anal Quant Cytol Histol* 2005;27(6):301-16.
6. Pradhan MR, Ranjan P, Rao RN, Chipde SS, Pradhan K, Kapoor R. İnflamatuvar myofibroblastik tumor of the urinary bladder managed by laparoscopic partial cystectomy. *Korean J Urol* 2013;54(11):797-800.
7. Harik LR, Merino C, Coindre JM, Amin MB, Pedeutour F, Weiss SW. Pseudosarcomatous myofibroblastik proliferations of the bladder: a clinicopathologic study of 42 cases. *Am J Surg Pathol* 2006;30(7):787-94.